

**KEBERKESANAN MODUL KAUNSELING
PEMULIHAN TERHADAP MASALAH
PSIKOSOSIAL ORANG KURANG UPAYA (OKU)
FIZIKAL AKIBAT KEMALANGAN**

ZUHDA BINTI HUSAIN

UNIVERSITI SAINS MALAYSIA

2014

**KEBERKESANAN MODUL KAUNSELING
PEMULIHAN TERHADAP MASALAH
PSIKOSOSIAL ORANG KURANG UPAYA (OKU)
FIZIKAL AKIBAT KEMALANGAN**

Oleh

ZUHDA BINTI HUSAIN

**Tesis yang diserahkan untuk memenuhi keperluan bagi
Ijazah Doktor Falsafah**

Febuari 2014

...

PENGHARGAAN

Dengan Nama Allah Yang Maha Pemurah Lagi Maha Menyayangi
Allahumma Yassir Wala Tu 'Assir

Alhamdulillah, segala puji-pujian diberikan kepada Allah S.W.T serta selawat dan salam kepada Nabi Muhammad S.A.W, ahli keluarga dan para sahabat baginda. Alhamdulillah, dipanjatkan kesyukuran ke hadrat Allah kerana dengan limpah izin-Nya, maka saya dapat menyiapkan penulisan tesis ini dengan jayanya setelah melalui pelbagai onak dan duri. Alhamdulillah, terasa satu nikmat yang tidak terhingga apabila dapat menyempurnakan tugas ini.

Kejayaan ini adalah berkat doa dan pertolongan daripada semua pihak sama ada secara langsung ataupun tidak. Oleh yang demikian, dengan rasa rendah diri dan tulus ikhlas, saya ingin merakamkan ucapan jutaan terima kasih kepada penyelia utama yang merangkap 'Tok Guru' sepanjang menjalani kehidupan sebagai pelajar di USM, Dr. Nor Shafrin Ahmad. Beliau tidak jemu-jemu mendidik dan membimbing tanpa mengira masa, tempat dan situasi sejak awal mendaftarkan diri sebagai pelajar di bawah penyeliaan beliau. Malah, beliau sentiasa 'mengejutkan' saya apabila 'lena' dalam dunia sendiri. Atas kesabaran beliau, maka saya berjaya sampai ke penghujung perjalanan ini. Segala budi dan jasa baik Dr. Nor Shafrin Ahmad amat saya hargai dan sanjungi. Mudah-mudahan Allah membalasnya dengan seribu kebaikan, amin. Tidak lupa juga ucapan ini ditujukan kepada Dr. Melissa Ng Lee Yen Abdullah selaku penyelia bersama. Bantuan dan pandangan yang dicurahkan sebelum saya membentangkan usul penyelidikan ini sangat membantu dalam mengorak langkah seterusnya.

Rangkaian ucapan terima kasih ini ditujukan kepada Dr. Jean Farish, daripada Jabatan Komuniti dan Kaunseling Pemulihan, Universiti Jackson State, AS kerana telah memberi tunjuk ajar serta membimbing saya sejak awal pembentukan Modul Kaunseling Pemulihan. Segala perkongsian ilmu yang diberikan serta kesabaran yang ditunjukkan oleh beliau sepanjang pembentukan Modul Kaunseling Pemulihan terlalu berharga. Alhamdulillah, saya berasa amat beruntung kerana bertemu dengan pakar dalam bidang Kaunseling Pemulihan. Tidak lupa juga kepada pensyarah-pensyarah Pusat Pengajian Ilmu Pendidikan, USM yang membantu saya dalam pemurnian modul serta memberi tunjuk ajar dan garis panduan bagi mengatur susun kandungan modul tersebut. Segala pandangan yang diberikan oleh kalian sangat membantu saya semasa sesi kaunseling pemulihan dilaksanakan. Ribuan terima kasih juga ditujukan kepada pensyarah statistik PPIP yang membantu saya daripada segi metodologi kajian. Ucapan ini juga dipanjangkan kepada Dr. Mohd. Affandy Yusof dan Dr. Tiun Ling Ta, pensyarah di Pusat Pengajian Sains Kemasyarakatan, USM serta En. Baharuddin Ismail, pensyarah di Jabatan Psikologi dan Kaunseling, Universiti Malaysia Terengganu (UMT) kerana turut menyokong kajian yang saya lakukan ini.

Selain itu, ucapan ini juga diberikan kepada Kementerian Pengajian Tinggi (KPT) dan Universiti Malaysia Terengganu (UMT) kerana telah memberikan peluang kepada saya untuk melanjutkan pengajian di peringkat Doktor Falsafah dengan biasiswa dan bergaji penuh. Sesungguhnya bantuan kewangan yang diberikan membantu melancarkan perjalanan pengajian. Terima kasih juga diucapkan kepada Jabatan Kebajikan Masyarakat Malaysia (JKMM) kerana memberi kebenaran kepada saya untuk memperoleh maklumat dan menjalankan kajian terutama kepada Pegawai Psikologi Jabatan Pembangunan Orang Kurang Upaya, En. Mohd Hafiz Halim kerana sudi berkongsi maklumat dan pengalamannya mengenai senario OKU di Malaysia. Tidak lupa, kepada institusi-institusi OKU yang terlibat sepanjang kajian ini dijalankan kerana menerima kehadiran saya seadanya. Kebenaran dan kelulusan yang diberikan membantu melancarkan kajian ini.

Seterusnya, ucapan ini dipanjangkan khusus buat insan-insan tersayang yang hadir dalam hidup ini terutama sekali kepada suami tercinta, En. Muzaimi Izambri Mustafa. Jutaan terima kasih yang tidak terhingga diucapkan atas segala pengorbanan yang telah diberikan sama ada dari segi material, masa dan kasih sayang. Doa dan sokongan yang diberikan telah melapangkan dan memudahkan banyak urusan pengajian saya. Buat anakanda Muhammad Dhia Afham, terima sayang kerana turut bersabar dengan kesibukan ibu walaupun ibu sedar kadang kala ibu tiada masa untuk bersama.

Selain itu, jutaan terima kasih ditujukan kepada ayahanda Hj. Husain Ismail dan bonda Hj. Noor'ain Che Din atas sokongan yang diberikan sejak awal pengajian ini sehingga ke penghujungnya. Doa yang tidak putus-putus kalian panjatkan kepada Yang Maha Esa telah memudahkan perjalanan pengajian ini. Semangat dan sokongan yang tidak berbelah bagi daripada kalian merupakan tunggak kejayaan kini. Begitu juga kepada ayah mertua, Allahyarham Hj. Mustafa Pandak Ahmad dan ibu mertua Hj. Jamai'aah Mohd. Yusoff kerana sangat memahami kesibukan dan mendoakan kejayaan saya. Terima kasih mama dan ayah. Begitu juga ahli keluarga yang lain; kekanda Husna, adinda-adinda ku; Mohamad Shahir, Saada, Muzamir Izham, Nor Sharina, Mustakim Ilman, Siti Azizan dan Muyassarah Ilyana kerana turut mendoakan kejayaan diri ini. Sesungguhnya kejayaan ku dalam pengajian adalah hadiah yang paling istimewa buat kalian. Akhir sekali, terima kasih kepada semua ahli keluarga, rakan-rakan seperjuangan di PIPP, rakan-rakan sejawatan di UMT dan semua yang terlibat secara langsung ataupun tidak dalam usaha saya menyempurnakan tesis ini sama ada dalam bentuk idea, tenaga mahupun material. Insya-Allah, jasa kalian tidak akan saya lupakan.

Sekian, Wassalam.

ZUHDA BINTI HUSAIN
PIIP, USM

SENARAI KANDUNGAN

| KANDUNGAN | MUKA SURAT |
|-------------------------------|-------------------|
| PENGHARGAAN | ii |
| SENARAI KANDUNGAN | iv |
| SENARAI LAMPIRAN | viii |
| SENARAI JADUAL | ix |
| SENARAI RAJAH | xi |
| SENARAI SINGKATAN | xii |
| ABSTRAK | xiii |
| ABSTRACT | xv |
| BAB I : PENGENALAN | |
| 1.1 Pendahuluan | 1 |
| 1.2 Latar Belakang Kajian | 2 |
| 1.3 Pernyataan Masalah | 11 |
| 1.4 Objektif Kajian | 14 |
| 1.5 Persoalan Kajian | 15 |
| 1.6 Hipotesis Kajian | 15 |
| 1.7 Rasional Kajian | 15 |
| 1.8 Kepentingan Kajian | 18 |

| | |
|--|----|
| 1.9 Definisi Konsep dan Operasional | 20 |
| 1.9.1 Modul Kaunseling Pemulihan | 21 |
| 1.9.2 Masalah Psikososial | 23 |
| 1.9.3 Orang Kurang Upaya (OKU) Fizikal | 24 |

| | |
|---------------------|----|
| 1.10 Batasan Kajian | 25 |
|---------------------|----|

| | |
|--------------|----|
| 1.11 Rumusan | 26 |
|--------------|----|

BAB II : PENDEKATAN TEORI DAN KAJIAN-KAJIAN LEPAS

| | |
|-----------------|----|
| 2.1 Pendahuluan | 28 |
|-----------------|----|

| | |
|---|----|
| 2.2 Pengenalan kepada Pendekatan Teori dan Model | 28 |
| 2.2.1 Pendekatan Terapi Rasional Emotif Tingkah Laku (REBT) | 29 |
| 2.2.2 Model Fungsian (<i>The Functional Model</i>) | 33 |
| 2.2.3 Kerangka Teori Kajian | 35 |

| | |
|---|----|
| 2.3 Kajian-kajian Lepas | 37 |
| 2.3.1 Pendahuluan | 37 |
| 2.3.2 Pengenalan Kepada Kaunseling Pemulihan | 37 |
| 2.3.2.1 Bidang Perlaksanaan Kaunseling Pemulihan | 45 |
| 2.3.2.2 Kepakaran Kaunselor Pemulihan | 46 |
| 2.3.3 Kajian Berkaitan Kaunseling Pemulihan | 48 |
| 2.3.4 Masalah Dalam Kalangan OKU | 53 |
| 2.3.5 Masalah Psikososial OKU Fizikal Akibat Kemalangan | 59 |
| 2.3.6 Intervensi Yang Diberikan Kepada OKU | 63 |

| | |
|----------------------------|----|
| 2.4 Kerangka Konsep Kajian | 69 |
|----------------------------|----|

| | |
|-------------|----|
| 2.5 Rumusan | 70 |
|-------------|----|

BAB III : METODOLOGI KAJIAN

| | |
|-----------------|----|
| 3.1 Pendahuluan | 72 |
|-----------------|----|

| | |
|---|----|
| 3.2 Fasa 1: Pembinaan Modul Kaunseling Pemulihan | 72 |
| 3.2.1 Latar belakang Pembinaan Modul Kaunseling Pemulihan | 76 |
| 3.2.2 Kaedah Pembinaan Modul | 77 |
| 3.2.3 Pengenalan kepada Modul Kaunseling Pemulihan | 80 |
| 3.2.4 Rasional | 80 |
| 3.2.5 Matlamat | 81 |

| | | |
|----------|--|-----|
| 3.2.6 | Objektif Pembinaan Modul | 82 |
| 3.2.7 | Rangkuman Topik | 82 |
| 3.2.8 | Langkah dan Prosedur Perlaksanaan Modul Kaunseling Pemulihan | 83 |
| 3.2.9 | Skop Limitasi Modul | 92 |
| 3.2.10 | Kesahan Kandungan Modul | 93 |
| 3.2.11 | Kajian Rintis | 97 |
| 3.3 | Fasa 2:Kajian Eksperimen | 100 |
| 3.3.1 | Reka Bentuk Kuasi Eksperimen | 101 |
| 3.3.2 | Kaedah Kajian Gabungan Kuantitatif dan Kualitatif | 104 |
| 3.3.3 | Justifikasi Pemilihan Reka Bentuk Kajian | 109 |
| 3.3.4 | Tempat Kajian | 110 |
| 3.3.5 | Populasi Kajian | 112 |
| 3.3.6 | Pensampelan Kajian | 113 |
| 3.3.7 | Proses Pemilihan Subjek Kajian | 116 |
| 3.3.8 | Subjek Kajian | 119 |
| 3.3.9 | Tempoh Pelaksanaan Kajian | 122 |
| 3.3.10 | Prosedur Mengumpul Maklumat Kajian | 125 |
| 3.3.11 | Instrumen Kajian | 127 |
| 3.3.12 | Cara Pemarkahan | 132 |
| 3.3.13 | Terjemahan Soal Selidik | 134 |
| 3.3.14 | Kesahan dan Kebolehpercayaan Dapatan Kajian | 137 |
| 3.3.14.1 | Kesahan dan Kebolehpercayaan Dapatan Kajian Eksperimen | 137 |
| 3.3.14.2 | Kesahan dan Kebolehpercayaan Dapatan Kualitatif | 141 |
| 3.3.15 | Pemungutan Data Kajian Eksperimen | 146 |
| 3.3.15.1 | Peringkat 1: Pengumpulan Data Ujian Pra | 146 |
| 3.3.15.2 | Peringkat 2: Pengumpulan Data Ujian Pasca | 147 |
| 3.3.16 | Pemungutan Data Kualitatif | 148 |
| 3.3.16.1 | Temu bual | 148 |
| 3.3.16.2 | Transkripsi | 152 |
| 3.3.16.3 | Analisis Dokumen | 153 |
| 3.3.17 | Penganalisan Data | 154 |
| 3.3.17.1 | Kaedah Analisis Data Kuantitatif dan Kualitatif | 154 |
| 3.3.17.2 | Analisis Data Kajian Eksperimen | 161 |
| 3.3.18 | Strategi Jaminan Kualiti Dapatan Kualitatif | 162 |
| 3.4 | Rumusan | 163 |

BAB IV : DAPATAN KAJIAN

| | | |
|-----|---|-----|
| 4.1 | Pengenalan | 164 |
| 4.2 | Masalah Psikososial OKU Fizikal Akibat Kemalangan | 165 |

| | |
|--|-----|
| 4.3 Keberkesanan Modul Kaunseling Pemulihan Terhadap Masalah Psikososial OKU Fizikal Akibat Kemalangan | 188 |
| 4.4 Pengalaman Mengikuti Sesi Kaunseling Pemulihan | 222 |
| 4.5 Rumusan | 227 |

BAB V : PERBINCANGAN DAN RUMUSAN

| | |
|--|-----|
| 5.1 Pengenalan | 228 |
| 5.2 Perbincangan | 228 |
| 5.2.1 Masalah Psikososial OKU Fizikal Akibat Kemalangan | 228 |
| 5.2.2 Keberkesanan Modul Kaunseling Pemulihan Terhadap Masalah Psikososial OKU Fizikal Akibat Kemalangan | 231 |
| 5.2.3 Pengalaman OKU Fizikal Akibat Kemalangan Mengikuti Sesi Kaunseling Pemulihan | 244 |
| 5.3 Implikasi Kajian | 249 |
| 5.4 Cadangan Penyelidikan Lanjutan | 258 |
| 5.5 Rumusan | 265 |

| | |
|----------------|-----|
| RUJUKAN | 267 |
|----------------|-----|

LAMPIRAN

SENARAI PENERBITAN

SENARAI LAMPIRAN

| | MUKA SURAT |
|---------------|---|
| LAMPIRAN 1.1 | Profil Pakar Kaunseling Pemulihan 89 |
| LAMPIRAN 1.2 | Profil Penceramah OKU 90 |
| LAMPIRAN 1.3 | Profil Penceramah PERKESO 90 |
| LAMPIRAN 1.4 | Borang Soal Selidik <i>Content Validity</i> 95 |
| LAMPIRAN 1.5 | Profil enam orang Pakar Semakan Modul 95 |
| LAMPIRAN 1.6 | Surat-surat Lantikan Pakar 95 |
| LAMPIRAN 1.7 | Ulasan dan Cadangan Penilaian Modul 96 |
| LAMPIRAN 1.8 | Soalan Temu bual 105 |
| LAMPIRAN 1.9 | Borang Persetujuan Bermaklum Subjek Kajian 115 |
| LAMPIRAN 1.10 | Surat Permohonan Menjalankan Kajian 125 |
| LAMPIRAN 1.11 | Surat Kebenaran Menjalankan Kajian JKMM 125 |
| LAMPIRAN 1.12 | Jadual Pertemuan Sesi Kaunseling Pemulihan 126 |
| LAMPIRAN 1.13 | Soal Selidik 48 ICET 127 |
| LAMPIRAN 1.14 | Surat Lantikan Penterjemah 135 |
| LAMPIRAN 1.15 | Surat Lantikan Penterjemah (Guru Bahasa) 135 |
| LAMPIRAN 1.16 | Surat Lantikan Pakar Kaunseling dan Psikologi 135 |
| LAMPIRAN 1.17 | Profil Pakar Kualitatif 144 |
| LAMPIRAN 1.18 | Profil Rakan (kualitatif) 145 |
| LAMPIRAN 1.19 | Contoh Sesi Kaunseling Pemulihan |

SENARAI JADUAL

| | MUKA SURAT |
|---|---------------|
| 3.1 Ringkasan Pelaksanaan Modul Kaunseling Pemulihan | 91 |
| 3.2 Pembahagian Masalah Psikososial Subjek Mengikut Domain | 98 |
| 3.3 Interpretasi Skor Masalah Psikososial Terhadap Keperluan Perkhidmatan Sokongan | 98 |
| 3.4 Dapatan Temu Bual Masalah Psikososial OKU | 100 |
| 3.5 Institusi Kerajaan yang Menempatkan OKU di Seluruh Malaysia | 111 |
| 3.6 Latar Belakang Subjek Kajian Mengikut Kecacatan | 121 |
| 3.7 Maklumat Demografi Subjek | 122 |
| 3.8 Tarikh Pengumpulan Data Soal Selidik, Temu bual, Pelaksanaan Modul Kaunseling Pemulihan dan Dokumen Sokongan | 124 |
| 3.9 Pembahagian Masalah Subjek Mengikuti Domain. (Sumber: McMahon, 1965) | 133 |
| 3.10 Interpretasi Skor Masalah Subjek. (Sumber: McMahon, 1965) | 134 |
| 3.11 Kekekapan Pemungutan Data Kajian Eksperimen | 148 |
| 4.1 (a) Profil Subjek Berdasarkan Masalah Psikososial dan Interpretasi Skor Keperluan Perkhidmatan Sokongan Sebelum Sesi Kaunseling Pemulihan | 166 |
| 4.1 (b) Analisis Bilangan Subjek Berdasarkan Masalah Psikososial | 167 |
| 4.2 Perwatakan Subjek Sebelum Mengalami Kemalangan | 169 |
| 4.3 Perwatakan Subjek Terhadap Diri Selepas Kemalangan | 173 |
| 4.4 Perubahan Akibat Kurang Upaya Fizikal | 175 |
| 4.5 Masalah Psikososial Subjek | 177 |
| 4.6 Kesan Daripada Masalah Psikososial | 181 |

| | |
|---|-----|
| 4.7 Pandangan Subjek Mengenai Hubungan dan Penerimaan Keluarga, Rakan dan Masyarakat | 184 |
| 4.8 Mengawal dan Mengatasi Masalah Psikososial | 187 |
| 4.9 Perbezaan Min Kepelbagaian Masalah Psikososial OKU Fizikal Akibat Kemalangan bagi Ujian Pra dan Ujian Pasca | 189 |
| 4.10 Analisis Keseluruhan Ujian Wilcoxon T Subjek | 190 |
| 4.11 Hasil dokumentasi Kaunselor Terhadap Perubahan Tindak balas Subjek Sebelum, Semasa dan Selepas Sesi Kaunseling Pemulihan | 192 |
| 4.12 Perubahan Psikologi Subjek; Sebelum dan Selepas Sesi Kaunseling Pemulihan | 195 |
| 4.13 Transkripsi Sesi Temu bual Bersama Subjek | 197 |
| 4.14 Perubahan Perhubungan Selepas Sesi Kaunseling Pemulihan | 199 |
| 4.15 Transkripsi Masalah Perhubungan Subjek | 203 |
| 4.16 Perubahan Pemikiran Selepas Sesi Kaunseling Pemulihan | 205 |
| 4.17 Perubahan Perasaan Selepas Sesi Kaunseling Pemulihan | 208 |
| 4.18 Perubahan Tingkah laku Selepas Sesi Kaunseling Pemulihan | 211 |
| 4.19 Kesan Kaunseling Pemulihan daripada Perspektif Subjek | 213 |
| 4.20 Kesan Kaunseling Pemulihan Terhadap Psikososial Subjek daripada Perspektif Subjek | 216 |
| 4.21 Faktor Keberkesanan Modul Kaunseling Pemulihan | 219 |
| 4.21 Pandangan Subjek Terhadap Sesi Kaunseling Pemulihan | 223 |
| 4.23 Pengalaman Mengikuti Sesi Kaunseling Pemulihan | 225 |

SENARAI RAJAH

| | MUKA SURAT |
|--|-----------------------|
| 2.1 Kerangka Teori Kajian | 36 |
| 2.2 Kerangka Konseptual Kajian | 70 |
| 3.1 Proses Pembinaan Modul Kaunseling Pemulihan OKU Fizikal Akibat Kemalangan | 75 |
| 3.2 Reka bentuk satu kumpulan ujian pra – ujian pasca (Sumber: Cook & Campbell, 1979) | 103 |
| 3.3 Proses Pemilihan Subjek Kajian | 119 |
| 3.4 Komponen Analisis Data: Model Interaktif (Sumber: Miles & Hubermann, 1984) | 158 |
| 4.1 Pembahagian Tema Perwatakan Subjek Sebelum Mengalami Kemalangan | 168 |
| 4.2 Perwatakan Subjek Selepas Mengalami Kurang Upaya Fizikal | 172 |
| 4.3 Masalah Psikososial Subjek | 177 |
| 4.4 Kesan Terhadap Masalah Psikososial | 180 |
| 4.5 Hubungan dan Penerimaan Keluarga, Rakan dan Masyarakat Terhadap Subjek | 183 |
| 4.6 Mengawal dan Mengatasi Masalah Psikososial | 186 |
| 4.7 Kesan Modul Kaunseling Pemulihan Terhadap Masalah Psikososial Subjek | 212 |
| 4.8 Kesan Modul Kaunseling Pemulihan Terhadap Masalah Psikososial daripada Perspektif Subjek | 215 |

SENARAI SINGKATAN

| | |
|---------|---|
| AS | Amerika Syarikat |
| ARCA | <i>The American Rehabilitation Counseling Association</i> |
| CORE | <i>The Council on Rehabilitation Education</i> |
| CRCC | <i>Commission on Rehabilitation Counselor Certification</i> |
| CVI | <i>Content Validity Index</i> |
| DKMN | Dasar Kebajikan Masyarakat Malaysia |
| ICF | <i>International Classification for Functioning, Disability and Health</i> |
| JKMM | Jabatan Kebajikan Masyarakat Malaysia |
| MMPI | <i>Minnesota Multiphasic Personality Inventory</i> |
| NGO | Pertubuhan bukan kerajaan |
| NRCA | <i>National Rehabilitation Counseling Association</i> |
| OKU | Orang Kurang Upaya |
| PBB | Pertubuhan Bangsa-bangsa Bersatu |
| PPIP | Pusat Pengajian Ilmu Pendidikan |
| PWD | <i>People with physical disabilities</i> |
| RC | <i>Rehabilitation Counseling</i> |
| REBT | Terapi Rasional Emotif Tingkah laku |
| RTW | <i>Return To Work</i> |
| SPSS | <i>Statistic Package for Social Science</i> |
| S1 –S11 | Subjek 1 – Subjek 11 (Subjek yang terlibat dalam sesi Kaunseling Pemulihan) |
| USM | Universiti Sains Malaysia |

**KEBERKESANAN MODUL KAUNSELING PEMULIHAN TERHADAP
MASALAH PSIKOSOSIAL ORANG KURANG UPAYA (OKU) FIZIKAL
AKIBAT KEMALANGAN**

ABSTRAK

Kajian ini merupakan satu kajian gabungan kuantitatif dan kualitatif yang bertujuan membina dan menentukan keberkesanan Modul Kaunseling Pemulihan terhadap masalah psikososial Orang Kurang Upaya (OKU) fizikal akibat kemalangan. Selain itu, kajian ini juga cuba mengenal pasti masalah psikososial yang dialami oleh OKU fizikal akibat kemalangan. Seramai 11 orang subjek terlibat dalam kajian ini. Subjek diberikan ujian pra dan ujian pasca melalui soal selidik 48 ICET. Selain itu, subjek juga dikehendaki menjawab soalan temu bual sebelum dan selepas mengikuti sesi kaunseling pemulihan. Bagi tujuan analisis data, ujian Wilcoxon T digunakan bagi mengenal pasti perbezaan skor min ujian pra dan ujian pasca sebelum dan selepas mengikuti sesi kaunseling pemulihan. Dapatan menunjukkan terdapat perbezaan min masalah psikososial terhadap keperluan perkhidmatan sokongan dengan nilai signifikan .007. Analisis secara temu bual dan dokumentasi juga mendapati terdapat perubahan terhadap subjek apabila mereka menunjukkan perubahan positif terhadap masalah psikososial daripada segi psikologi dan perhubungan seperti tekanan, kemurungan, gangguan emosi, penerimaan, penyesuaian, pergaulan serta perhubungan dengan persekitaran normal sebelum mengikuti sesi kaunseling pemulihan. Terdapat beberapa faktor yang membentuk keberkesanan Modul Kaunseling Pemulihan terhadap subjek antaranya persembahan Modul Kaunseling Pemulihan, perlaksanaan modul, peranan

kaunselor, tindak balas perkongsian daripada ahli kelompok dan penglibatan subjek secara konsisten ketika mengikuti sesi. Malah, kajian turut mendapati subjek telah melalui beberapa pengalaman positif ketika mengikuti sesi kaunseling pemulihan seperti perhubungan, penerimaan, keterbukaan, perkongsian pengalaman dan harapan untuk pulih. Hal ini menunjukkan bahawa Modul Kaunseling Pemulihan berjaya membentuk unsur-unsur terapeutik yang tinggi dalam kalangan ahli kelompok. Melalui cara ini, subjek bebas dan selesa untuk membuat luahan perkongsian, pendedahan sendiri dan perkembangan diri. Implikasi kajian menunjukkan Modul Kaunseling Pemulihan yang dibina berasaskan pendekatan Rasional Emotif Tingkah laku (REBT) dan Model Fungsian adalah sesuai diaplikasikan kepada OKU fizikal akibat kemalangan bagi mengurangkan masalah psikososial yang dialami.

**THE EFFECTIVENESS OF REHABILITATION COUNSELING MODULE ON
THE PSYCHOSOCIAL PROBLEMS OF PEOPLE WITH PHYSICAL
DISABILITIES CAUSED BY ACCIDENTS**

ABSTRACT

This study is a combined between quantitative and qualitative research aimed at developing and determining the effectiveness of Rehabilitation Counseling Module on the psychosocial problems of people with physical disabilities (PWD) caused by accidents. Apart from that, this study also sought to identify the psychosocial problems experienced by the physically disabled people due to accidents. A total of 11 subjects were involved in this study. The subjects were given a pre and posttest by applying 48 ICET survey questions. In addition, the subjects were also required to answer interview questions before and after the rehabilitation counseling sessions. For the purpose of data analysis, Wilcoxon T test was used to identify differences in the mean score of the pre and posttest before and after rehabilitation counseling sessions. The findings show that there are differences in the mean of psychosocial problems towards the needs of support services with the significance of .007. The analysis of interview and documentation find that there is a positive changes to the subjects in their psychosocial problems, in term of psychology and relationship such as stress, depression, emotional disturbance, acceptance, adjustment, social interactions and relationship with normal environment before joining the rehabilitation counseling sessions. There are several factors that contribute to the Rehabilitation Counseling Module's effectiveness towards the subjects

which are the Rehabilitation Counseling Module's performance, implementation of the module, counselor role, sharing reactions from members of the group and subjects' consistent involvement while following the sessions. In fact, the study also finds that the subjects have undergone some positive experiences while pursuing the rehabilitation counseling sessions such as relationships, acceptance, openness, experience sharing and hope to recuperate. The Rehabilitation Counseling Module successfully forms high therapeutic elements among members of the group. Through this, the subjects are free to indulge in sharing expressions, self-disclosure and self-development. Implications of the study show that Rehabilitation Counseling Module which is built based on the approach of Rational Emotive Behavior Therapy (REBT) and Functional Model is suitable to be implemented to the people with physical disabilities (PWD) caused by accidents to reduce their psychosocial problems.

BAB I

PENGENALAN

1.1 PENDAHULUAN

Isu berkaitan Orang Kurang Upaya (OKU) banyak diperkatakan oleh masyarakat sejak kebelakangan ini. Antara isu OKU yang mendapat perhatian adalah berkaitan kemudahan yang disediakan, peluang pekerjaan, kemahiran yang diperlukan, kemampuan fizikal, pandangan masyarakat, keupayaan OKU untuk berdepan dengan kekurangan yang dialami dan sebagainya (Mohd Safarin Nordin, Muhammad Sukri Saud & Maslinda Mat Daros, 2012). OKU sering digambarkan sebagai individu yang mengalami kecacatan anggota secara fizikal ataupun kecacatan mental. Malah, OKU juga dianggap sebagai individu yang tidak mempunyai masa depan dan harapan serta pembelaan (Siti Hasiah Jusoh & Mohd Husaini Hussin, 2006).

Munurut Didi Tarsidi (2008) pula, terdapat segelintir masyarakat yang melihat OKU sebagai individu yang mempunyai masalah kecacatan secara lahiriah, namun tidak ramai yang menyedari OKU turut dibebani pelbagai masalah psikologi dan psikososial. Bishop (2005) berpendapat bahawa individu yang mengalami penyakit kronik atau kecacatan pada usia muda mungkin akan merasakan bahawa diri mereka berubah secara tiba-tiba dan secara langsung membawa perubahan yang signifikan dalam hubungan kekeluargaan dan kehidupan.

Hasil daripada kajian-kajian terdahulu, didapati OKU cenderung untuk mengalami pelbagai masalah psikososial. Apabila OKU berdepan dengan masalah-

masalah ini dan tidak mampu mengawal ataupun mengubahnya, mereka akan mula hidup dalam persekitaran yang tidak kondusif. Akibatnya, OKU cenderung untuk berfikiran dan bertindak laku secara negatif dan secara tidak langsung mempengaruhi kehidupan harian OKU (Siti Hasiah Jusoh & Mohd Husaini Hussin, 2006). Namun, Brigida (2005) melihat dalam sesetengah keadaan, OKU akan sampai pada satu tahap titik perubahan yang mereka inginkan dalam kehidupan. Titik perubahan ini akan mendorong OKU ke arah berfikir dan merancang masa hadapan sepertimana yang dikehendaki. Oleh yang demikian, dalam membantu OKU untuk memperoleh kehidupan yang diinginkan, golongan ini memerlukan satu bentuk perkhidmatan sokongan yang berfungsi membantu mengatasi masalah-masalah psikologi dan hubungan sosial. Pernyataan ini bersesuaian dengan pendapat yang diberikan oleh Smart dan Smart (2006), iaitu perkhidmatan kaunseling yang profesional sangat diperlukan bertujuan membantu menyelesaikan isu-isu yang berkaitan dengan OKU.

1.2 LATAR BELAKANG KAJIAN

OKU terdiri daripada golongan yang mempunyai kekurangan terhadap fizikal ataupun mental. Di Malaysia, golongan OKU dikategorikan kepada enam jenis kecacatan utama iaitu cacat penglihatan, pendengaran, fizikal, masalah pembelajaran, *cerebral palsy* dan masalah mental (Rekod JKMM, 2010). Ketidakupayaan boleh berlaku melalui tiga cara iaitu kurang upaya sejak dilahirkan, kurang upaya akibat serangan penyakit dan kurang upaya akibat kemalangan. Kenyataan ini dikukuhkan dengan pendapat yang diberikan oleh Noor Laily Abu Bakar (2006), bahawa OKU merujuk kepada orang yang mengalami satu kecederaan otak dan sistem saraf. Kecacatan ini mungkin bermula

dalam kandungan atau sewaktu kelahiran serta kadang-kadang selepas demam panas hasil daripada serangan bakteria atau virus ataupun selepas berlaku kemalangan.

Menurut Jabatan Kebajikan Masyarakat Malaysia (JKMM) (2001), Malaysia menganggarkan hanya satu peratus (1%) daripada penduduk negara ini terdiri daripada OKU. Statistik daripada JKMM mendapati lebih kurang 132,458 orang OKU telah berdaftar dengan JKMM pada tahun 2003 (Rekod JKMM, 2003). Walau bagaimanapun, JKMM menganggarkan bilangan sebenar OKU di Malaysia adalah dua kali ganda daripada bilangan yang telah berdaftar dengan pihak JKMM. Lima tahun kemudian, iaitu pada tahun 2008, JKMM mendapati bilangan OKU yang berdaftar adalah seramai 248,858 orang dan pada tahun 2009, jumlah OKU yang berdaftar adalah seramai 261,154 orang (Rekod JKMM, 2010). Pada tahun 2011, telah berlaku peningkatan dalam jumlah OKU yang berdaftar dengan JKMM iaitu seramai 359,203 orang bagi semua jenis kecacatan. Manakala jumlah OKU fizikal yang berdaftar pada tahun 2011 adalah 123,346 orang dan pada tahun 2012 jumlahnya telah meningkat kepada 139,002 orang (Rekod JKMM 2013). Menurut Pertubuhan Keselamatan Sosial (PERKESO) pula, seramai 7658 OKU fizikal telah berdaftar dengan mereka bagi mengikuti program *Return To Work* (RTW). RTW dilaksanakan bertujuan memberikan pemulihan komprehensif dengan menggunakan kaedah pengurusan kes dalam membantu pekerja yang mengalami hilang upaya akibat kecederaan atau penyakit dipulihkan dan seterusnya dapat kembali bekerja (Rekod PERKESO, 2012).

Isu OKU mula diberi perhatian sejak pengistiharan Tahun Antarabangsa Orang Kurang Upaya pada tahun 1980 serta pelancaran "*The World Programme of Action Concerning Disabled Persons* 1982". Malaysia mula memberi perhatian serius terhadap

masalah-masalah yang dialami OKU termasuklah perkembangan sendiri dan persekitaran tempat tinggal. Lantaran daripada sini, Malaysia telah memperkenalkan pelbagai polisi dan program yang bertujuan membaiki kualiti kehidupan OKU. Program-program yang dibentuk bukan sahaja melibatkan sesama OKU sahaja malah turut menggalakkan dan mengalu-alukan penyertaan dan penglibatan komuniti setempat (Rosmawati Sulaiman, 2008).

Langkah ini diperluaskan dengan pembentukan Dasar Kebajikan Masyarakat Negara (DKMN) pada tahun 1990. Fungsi DKMN adalah untuk mewujudkan masyarakat yang berdikari, menikmati peluang yang sama dan mengamalkan budaya ikram. Melalui DKMN, masyarakat dalam sesebuah komuniti akan saling membantu golongan sasaran dalam komuniti menerusi program yang telah dibentuk. Golongan sasaran yang dimaksudkan termasuklah OKU yang dilihat memerlukan sokongan moral untuk terus berkembang (Kementerian Pembangunan Wanita, Keluarga dan Masyarakat (KPWKM), 2009).

Selain daripada DKMN, terdapat satu lagi dasar yang dibentuk khusus untuk OKU yang dinamakan Dasar OKU. Dasar OKU berfungsi untuk memperjuangkan hak kesaksamaan dan peluang OKU untuk terus berada dalam masyarakat. Dasar ini menekankan pada isu-isu yang berkaitan dengan hak-hak kemanusiaan iaitu kemulian, kehormatan dan kebebasan. Hak-hak ini telah digariskan bertujuan membolehkan OKU hidup berdikari dalam komuniti normal walaupun mempunyai banyak kekurangan. Tujuan utamanya adalah memberi ruang dan peluang kepada OKU untuk terus berada dalam kelompok masyarakat normal. Secara tidak langsung, dasar ini cuba untuk meningkatkan kesedaran masyarakat mengenai hak OKU dalam komuniti.

Pelbagai usaha telah dilaksanakan oleh kerajaan dalam usaha menyatakan iltizam negara terhadap kesejahteraan dan kualiti hidup OKU. Pada 16 Mei 1994, kerajaan telah menandatangani satu Proklamasi Penyertaan Penuh dan Penyamaan Peluang. Antara bidang yang menjadi sasaran negara ialah koordinasi nasional, perundingan, informasi, kesedaran awam, kemudahan akses dan komunikasi, pendidikan, latihan dan pekerjaan, pencegahan sebab-sebab kecacatan, pemulihan, alat-alat kemudahan, pertubuhan sukarela dan akhir sekali kerjasama serantau. Melaluinya diharapkan OKU dapat meningkatkan potensi hidup mereka (Rosmawati Sulaiman, 2008).

Selain itu, pihak yang bertanggung jawab menjaga kebajikan OKU iaitu KPWKM telah bertungkus-lumus membentuk satu akta mengenai OKU untuk digunapakai di Malaysia bagi membela nasib golongan minoriti ini. Akta OKU telah diluluskan di Parlimen pada 24 Disember 2007 dan telah diwartakan pada 24 Januari 2008 serta dikuatkuasakan penggunaannya pada 7 Julai 2008. Melalui akta ini, kerajaan telah memberikan pengiktirafan hak kepada OKU serta hak penyamaan peluang dan penyertaan penuh dalam masyarakat. Situasi ini menggambarkan bahawa OKU dilihat setara dengan masyarakat lain walaupun mereka mempunyai kekurangan daripada segi fizikal mahupun mental.

Rosmawati Sulaiman (2008), menekankan bahawa OKU perlu diberi penekanan terhadap masa depan mereka. Malah, Rosmawati Sulaiman (2008) juga mendapati isu mengenai masa depan OKU kini mula mendapat perhatian dalam kalangan badan-badan bukan kerajaan (NGO) di negara-negara barat. Bersesuaian dengan pembentukan dasar dan akta yang bermatlamat membantu OKU untuk terus mencari potensi diri. Walau bagaimanapun, golongan ini dilihat masih mempunyai batasan untuk mengenal pasti

potensi diri dan melakukan perkara yang dikehendaki dalam kehidupan. Sokongan daripada pihak kerajaan, swasta, keluarga ataupun masyarakat diperlukan untuk membantu OKU meningkatkan potensi diri. Sebagai langkah awal, pihak JKMM telah memberi penekanan yang serius terhadap penjagaan dan perkhidmatan yang diberikan kepada OKU. Malah, Hasnan dan Syed Othman (2001) turut menyatakan bahawa OKU perlu diberi peluang dan galakan untuk membangunkan diri serta menyertai masyarakat secara berkesan. Keadaan ini dapat dilaksanakan dengan tidak menganggap OKU sebagai faktor yang membawa kepada kesukaran semasa proses pengajaran dan pembelajaran. Walau bagaimanapun, persoalan yang timbul di sini ialah, sejauh manakah OKU mampu untuk mengatasi halangan-halangan yang telah dinyatakan.

Masyarakat perlu sedar bahawa OKU adalah golongan minoriti dalam sesebuah komuniti, namun mempunyai hak yang sama dalam masyarakat itu sendiri. Masyarakat tidak seharusnya melihat OKU sebagai bebanan, sebaliknya menyedari tanggungjawab terhadap OKU. Masyarakat perlu menggerakkan komuniti tersebut dengan menyediakan kemudahan yang sesuai dengan keupayaan OKU. Apabila masyarakat melihat kebolehan, keupayaan dan kemahiran yang dimiliki oleh OKU, tidak mustahil suatu hari nanti golongan ini boleh berada dalam masyarakat seperti golongan normal yang lain. Malah, sekiranya diberi peluang, OKU juga ingin menikmati kehidupan normal seperti manusia biasa yang bebas bergerak, lancar berkomunikasi dan pantas berfikir (Khoo, 2006).

Berdasarkan pernyataan di atas, jelas menunjukkan isu mengenai OKU telah lama diperkatakan dan dibincangkan. Malah, di Malaysia, terdapat peningkatan dalam kesedaran terhadap isu-isu berkenaan OKU namun kita masih kekurangan statistik dan

kajian terperinci mengenai isu-isu OKU (Mohd Rizal Mohd Said & Rosmawati Sulaiman, 2010). Setiap dasar dan akta yang telah dibentuk adalah semata-mata untuk membantu golongan ini bergerak ke arah yang lebih baik. Namun, tidak dinafikan masih terdapat banyak kekurangan daripada segi perlaksanaan dan penerapannya kepada OKU.

Perbincangan di atas juga menunjukkan kebanyakan perkara yang berkaitan OKU lebih tertumpu kepada perkembangan dan pekerjaan. Namun, kita mungkin terlepas pandang, sebenarnya perkembangan lahiriah tidak dapat dijalankan sekiranya masalah-masalah psikososial OKU tidak dirawat terlebih dahulu. Tanpa sendiri positif, tidak mungkin OKU mampu bergerak dalam masyarakat seperti yang direncanakan oleh kerajaan.

Kajian juga menunjukkan OKU turut mempunyai hasrat seperti orang lain yang ingin bekerja, berdikari serta bersosial (Mohd Rizal Mohd Said & Rosmawati Sulaiman, 2010). Malah, OKU tidak mahu kekurangan diri digunakan untuk menagih belas kasihan, tetapi sebaliknya ingin membuktikan kemampuan OKU untuk bekerja. Pekerjaan dapat membantu OKU mencari kehidupan yang selesa, berdikari, menyumbang kepada pembangunan negara, dianggap sebagai rakyat yang berguna serta produktif. Malah, yang paling penting kepada OKU adalah tidak membebankan orang lain. Khoo (2006) dalam kajiannya telah membuat empat kesimpulan utama OKU terhadap diri sendiri iaitu; memerlukan jaminan untuk masa hadapan, mengharapkan diri diterima dalam masyarakat, memerlukan pekerjaan dan ingin hidup berdikari.

Mengikut Smart dan Smart (2006), OKU yang mengalami kecacatan cenderung mempunyai pelbagai identiti dan masalah emosi yang mendorong kepada sikap negatif. Situasi ini menunjukkan kemurungan dalam kalangan OKU akan berlaku setelah mereka mengalami kecacatan (Swanson, 2000). Malah, kemurungan dan tingkah laku seseorang turut berinteraksi secara serentak dengan kecacatan yang dialami. Kesannya, OKU merasakan mereka tidak mempunyai kemahiran atau kebolehan untuk mencapai sesuatu kejayaan. Keadaan ini akan berlaku sekiranya OKU tidak diberi peluang untuk berada dan berinteraksi dengan masyarakat sekeliling. Sebagai contoh, masyarakat di negara China melihat OKU sebagai sesuatu yang memalukan dan membebankan keluarga. Jadi, mereka tidak dibenarkan untuk berhubung dengan masyarakat sekeliling (Tsang, Tam, Chan & Cheung, 2003). Tambah Tsang et al. lagi, situasi ini secara tidak langsung telah mendedahkan OKU dengan pelbagai masalah psikologi dan hubungan sosial yang lebih membebankan kerana tiada interaksi dua hala antara OKU dan persekitaran.

Kajian oleh Didi Tarsidi (2008), mendapati apabila seseorang mengalami kecacatan, mereka mudah terdedah dengan pelbagai masalah seperti tertekan, terkejut, dan sukar untuk menerima kecacatan yang dialami. Kajian ini selaras dengan kajian-kajian yang telah dilakukan oleh pengkaji terdahulu iaitu Livneh dan Cook (2004), Livneh dan Antonak (2005), yang mendapati tindak balas umum yang biasanya ditunjukkan oleh individu yang mengalami kecacatan adalah seperti kebimbangan, terkejut, cemas, penolakan, tertekan, marah, penerimaan dan penyesuaian. Rothman (2003) mendapati OKU yang mengalami kurang upaya fizikal pada peringkat remaja akan mengalami kesukaran untuk menyesuaikan diri dalam persekitaran. Malah, OKU akan berdepan dengan kekurangan dan batasan untuk berfungsi dengan baik. Menurut

Rothman (2003) lagi, dalam proses menyesuaikan diri ini, OKU akan terdedah dengan pelbagai suasana negatif yang akhirnya akan membantu OKU menyedari kekuatan dan keupayaan sendiri untuk berkembang. Selain itu, OKU pada umur remaja turut berdepan dengan masalah perhubungan, pembentukan imej sendiri, ketidakupayaan, ketidakcekapan, pergantungan dan pekerjaan (Rothman, 2003).

Menurut Model Fungsian dan Alam Sekitar (*Functional and Enviromental Model*) dalam Smart dan Smart (2006), OKU terdiri daripada individu yang mempunyai pelbagai identiti dan pelbagai peranan dalam masyarakat. Model ini tidak melihat 'masalah' OKU sebagai punca utama dalam diri individu, tetapi sebaliknya menyatakan bahawa banyak penyebab lain di sekeliling mereka yang boleh menjadi punca kepada teretusnya masalah dalam diri OKU termasuklah pencapaian kehendak. Malah, kajian yang dilakukan oleh *American with Disabilities Act* (ADA) telah menunjukkan peningkatan dalam kesedaran mengenai masalah dan rintangan-rintangan yang dirasai oleh OKU berhubung secara langsung dengan persekitaran mereka. Malah, kecacatan tidak dilihat sebagai faktor utama dalam permasalahan yang dialami OKU, sebaliknya diagnosis akan dilakukan oleh kaunselor untuk mengenal pasti punca utama permasalahan yang dialami (Smart & Smart, 2006).

Selain itu, kajian juga mendapati umur seseorang apabila berlaku kecacatan turut mempengaruhi kesan kecacatan terhadap perkembangan intelek, personaliti dan sosial seseorang. Ahli psikologi berpendapat, jika kecacatan berlaku semenjak dilahirkan atau semasa di peringkat awal perkembangan, individu tersebut mungkin terganggu daripada segi keupayaan melakukan tugas-tugas perkembangan pada masa yang sepatutnya (Rothman, 2003). Malah, ketidakupayaan mental dan fizikal pula boleh menghalang

perkembangan kognitif dan intelek seseorang. Menurut Rohany Nasir (2003), kurang upaya daripada segi berkomunikasi pula akan memberi kesan terhadap perkembangan psikososial seseorang individu. Situasi ini jelas menggambarkan bahawa OKU mudah terdedah dengan pelbagai masalah negatif apabila mengalami kurang upaya. Malah, golongan ini cenderung melihat diri sebagai individu yang gagal walaupun sebenarnya mereka mempunyai potensi untuk berkembang dan terus maju (Siti Hasiah Jusoh & Mohd Husaini Hussin, 2006).

Menurut Elizabeth (2007), daripada segi psikososial, individu perlu memberi penekanan terhadap kehendak yang bersesuaian dengan perubahan yang diinginkan dalam kehidupan. Golongan ini perlu mengikuti satu proses pemulihan sama ada daripada segi psikologi mahupun hubungan sosial supaya mereka tidak berasa takut ataupun merendah diri ketika berada dalam masyarakat normal. Kajian yang dilakukan oleh Sigrid (2009) memperlihatkan intervensi yang diberikan kepada kanak-kanak yang mengalami kecacatan sebelum ini hanya memberi tumpuan kepada proses intervensi, menolak pengaruh persekitaran terhadap perkembangan serta fungsi individu kurang upaya. Walau bagaimanapun, ia telah dikembangkan kepada beberapa lingkungan seperti memberi perhatian terhadap interaksi dalam kalangan kanak-kanak, tugas-tugas, dan faktor-faktor persekitaran yang boleh mendorong mereka untuk berkembang dengan lebih baik. Perubahan ini selaras dengan program pemulihan psikologikal yang telah dilaksanakan di Ireland, United Kindom dan Amerika Syarikat yang melihat OKU sebagai individu yang mempunyai ciri-ciri unik untuk dikembangkan.

1.3 PERNYATAAN MASALAH

Menurut Noor Diana Azis (2013), dilahirkan sebagai Orang Kurang Upaya (OKU), mengalami kurang upaya akibat serangan penyakit ataupun kehilangan anggota badan akibat kemalangan merupakan satu mimpi ngeri kepada sesiapa sahaja yang mengalaminya. Menurut beliau lagi, individu OKU yang terpaksa melalui situasi ini, akan mengalami perasaan putus asa kerana kesukaran untuk bergerak dan tidak berupaya melaksanakan tugas harian dengan sempurna. Didi Tarsidi, (2008) mendapati individu dewasa yang mengalami kecacatan menunjukkan reaksi umum seperti terkejut, cemas, menolak, murung, marah, penerimaan dan penyesuaian. Malah, individu yang mengalami masalah kronik atau kecacatan akan mengalami perubahan yang signifikan dalam hubungan sosial dan hubungan kekeluargaan (Bishop, 2005). Malah, OKU turut berasa terbeban dengan perubahan-perubahan yang dialami dalam kehidupan harian kerana tidak berupaya untuk menjalankan kegiatan harian seperti sedia kala.

Pernyataan-pernyataan di atas menunjukkan bahawa masalah yang dialami oleh OKU adalah sangat umum. Punca individu menjadi OKU tidak dinyatakan dengan jelas sama ada kurang upaya sejak dilahirkan, kurang upaya akibat serangan penyakit ataupun kurang upaya akibat kemalangan. Malah, kesan daripada masalah-masalah ini juga tidak dinyatakan secara khusus sama ada kesan terhadap psikologi mahupun hubungan sosial. Justeru, kajian ini memberi fokus terhadap masalah psikososial yang dialami oleh OKU fizikal akibat kemalangan. Pemilihan isu ini dianggap bersesuaian berdasarkan kepada kepelbagaian punca kecacatan akan memberikan reaksi dan kesan yang berbeza terhadap OKU (Tiun, 2010). Oleh yang demikian, timbul permasalahan utama dalam kajian ini iaitu; apakah masalah psikososial yang dialami oleh OKU fizikal akibat kemalangan?

Kajian ini dilakukan bertujuan mengenal pasti kepelbagaian masalah yang dialami OKU fizikal akibat kemalangan daripada aspek psikososial. Tujuannya supaya pendekatan kaunseling pemulihan yang diberikan dapat membantu mengurangkan masalah psikososial agar OKU dapat terus berada dalam kalangan masyarakat normal.

Suradi Salim (2004), menyatakan bahawa perkhidmatan kaunseling yang disediakan di Malaysia adalah berbentuk intervensi krisis. Perkhidmatan ini memerlukan kaunselor yang berkemahiran dalam menangani krisis seperti depresi, ancaman bunuh diri, trauma atau kejutan. Malah, kaunselor juga perlu mahir dalam isu yang berkaitan dengan reaksi dadah atau alkohol, episod psikotik dan krisis akibat daripada kehilangan orang tersayang. Selain itu, kaunselor juga melakukan pelbagai perkhidmatan kaunseling yang lain seperti perkhidmatan bimbingan, pencegahan dan *outreach*. Kenyataan ini menunjukkan bahawa tiada intervensi khusus dalam perkhidmatan kaunseling di Malaysia yang diberikan kepada golongan OKU sedangkan ramai dalam kalangan kaunselor terlibat secara langsung dengan golongan ini. Malah, kaunselor juga mengetahui bahawa masalah-masalah yang dihadapi telah mendatangkan pelbagai krisis dalam kehidupan OKU (Mohd Hafiz Halim, 2009).

Temu bual yang dijalankan bersama Penolong Pengarah, Jabatan Pembangunan OKU di JKMM (Mohd Hafiz Halim, 2009), menyatakan bahawa di Malaysia masih belum terdapat satu pendekatan atau strategi khas dalam sesi kaunseling yang diberikan kepada golongan OKU. Malah, penggunaan terma 'Kaunseling Pemulihan' juga dianggap janggal oleh pegawai-pegawai psikologi yang memberikan khidmat kaunseling kepada OKU. Keadaan ini berlaku kerana pengenalan dan pendedahan mengenai program kaunseling pemulihan khusus kepada OKU sangat jarang diperkatakan. Selain

itu, masyarakat juga meletakkan persepsi bahawa kaunseling pemulihan adalah satu pendekatan yang digunapakai untuk membantu penagih-penagih dadah dan juga remaja-remaja yang terlibat dengan kes-kes juvana (Mohd Hafiz Halim, 2009). Oleh yang demikian, Mohd Hafiz Halim (2009) berpendapat bahawa perkhidmatan Kaunseling Pemulihan bagi OKU perlu diperkenalkan dan dipraktikkan di Malaysia supaya kaunselor yang terlibat boleh membantu golongan ini mengenal pasti masalah dan memberi celik akal kepada OKU untuk hidup dalam persekitaran yang lebih bermakna.

Menurut Feltham dan Horton (2006), OKU memerlukan ruang untuk belajar hidup dengan kekurangan yang ada. Menurut mereka, kaunselor bertanggung jawab memberikan perkhidmatan yang selamat dan menolong klien tanpa mengira pendekatan yang digunakan. Kaedah ini dapat dilaksanakan dengan memberi perhatian serius terhadap tekanan sosial klien seperti perubahan tingkah laku, keluarga, rakan dan keperluan khusus OKU. Selaras dengan itu, perlu diwujudkan satu pendekatan yang dapat membantu OKU fizikal akibat kemalangan. Tujuannya adalah untuk memastikan OKU terus berada dalam masyarakat dan boleh menjalani kehidupan harian seperti individu lain. Justeru, kajian ini dilaksanakan bagi membina dan mengimplimentasikan satu Modul Kaunseling Pemulihan khusus kepada OKU fizikal akibat kemalangan yang mempunyai kesahan dan kebolehpercayaan tinggi. Tujuan pembinaan modul adalah untuk mengurangkan dan menyelesaikan masalah psikososial OKU fizikal akibat kemalangan menerusi sesi kaunseling.

Menerusi perkhidmatan kaunseling pemulihan, seseorang kaunselor pemulihan berperanan untuk bekerjasama dengan OKU dan mengenal pasti serta memantau perkhidmatan yang diberikan kepada golongan ini semasa proses pemulihan dijalankan.

Proses pemulihan ini akan menekankan kepada cara seseorang membantu diri meningkatkan fungsi dan keupayaan diri masing-masing serta kualiti kehidupan berdasarkan kepada keperluan serta kehendak tertentu yang diingini. Apabila masalah dapat dikenal pasti dan dikurangkan, maka secara tidak langsung keadaan ini dapat membantu OKU untuk terus berada dalam masyarakat tanpa berasa rendah diri memikirkan kekurangan yang ada. Etherington (2002) melihat klien yang mengikuti sesi kaunseling pemulihan sering menceritakan mengenai budaya, masyarakat dan konflik yang berlaku dalam persekitaran mereka. Melalui perkongsian ini, klien dapat melihat dunia dalaman mereka, kaedah mengatasi trauma, kesakitan, kecacatan fizikal serta kaedah yang digunakan bagi mengawal kehidupan selepas mengalami kecacatan. Kesannya, klien akan mula membentuk kekuatan dan identiti baru untuk terus berada dalam masyarakat. Namun, persoalannya, sejauh manakah keberkesanan modul ini dalam membantu OKU mendapat celik akal untuk berdepan dengan masalah-masalah psikososial dalam konteks Malaysia? Maka, pernyataan masalah yang timbul di sini adakah Modul Kaunseling Pemulihan berkesan diaplikasikan kepada OKU fizikal akibat kemalangan dalam membantu mereka menghadapi masalah-masalah yang berkaitan?

1.4 OBJEKTIF KAJIAN

- 1.4.1 Menenal pasti masalah psikososial yang dialami OKU fizikal akibat kemalangan.
- 1.4.2 Membina Modul Kaunseling Pemulihan bagi membantu menangani masalah psikososial OKU fizikal akibat kemalangan.

1.4.3 Menentukan keberkesanan Modul Kaunseling Pemulihan terhadap masalah psikososial OKU fizikal akibat kemalangan.

1.4.4 Mengenal pasti persepsi OKU fizikal akibat kemalangan terhadap pengalaman mengikuti sesi Modul Kaunseling Pemulihan.

1.5 PERSOALAN KAJIAN

1.5.1 Apakah masalah psikososial yang dialami oleh OKU fizikal akibat kemalangan?

1.5.2 Adakah Modul Kaunseling Pemulihan berkesan untuk membantu menangani masalah psikososial OKU fizikal akibat kemalangan?

1.5.3 Apakah persepsi OKU fizikal akibat kemalangan terhadap pengalaman mengikuti sesi Modul Kaunseling Pemulihan?

1.6 HIPOTESIS KAJIAN

1.6.1 Terdapat perbezaan min yang signifikan ujian pra dan ujian pasca skor masalah psikososial OKU fizikal akibat kemalangan selepas mengikuti sesi Modul Kaunseling Pemulihan.

1.7 RASIONAL KAJIAN

Tujuan utama kajian ini dilakukan adalah untuk membina dan mengaplikasikan penggunaan Modul Kaunseling Pemulihan menerusi pendekatan dan teknik yang sesuai bagi OKU fizikal akibat kemalangan. Berdasarkan pada kajian-kajian yang telah

dilakukan, mendapati masyarakat sentiasa menganggap masalah OKU biasanya hanya melibatkan masalah pada fizikal OKU dan tiada ataupun kurang masalah daripada segi emosi (Smart & Smart, 2006). Malah, masyarakat juga sering menganggap setiap masalah OKU hanya merujuk kepada masalah fizikal (kurang upaya yang dialami) dan mereka hanya perlu berjumpa dengan doktor perubatan untuk mendapatkan ubatan ataupun dengan menjalani terapi fizikal.

Pandangan umum ini bertentangan dengan pendapat yang diberikan oleh Smart dan Smart (2006) dalam model Fungsian dan Alam Sekitar yang melihat OKU sebenarnya mempunyai pelbagai masalah psikologi yang perlu diselesaikan di samping berjumpa dengan doktor perubatan untuk mendapatkan ubatan dan menjalani proses fisioterapi. Mengikut model berkenaan lagi, kemungkinan aktiviti harian golongan OKU tidak berjalan dengan lancar bukan disebabkan oleh kurang upaya fizikal yang dialami tetapi berkemungkinan besar disebabkan oleh gangguan psikologi yang dirasakan selepas menjadi cacat. Kajian menunjukkan bahawa motivasi merupakan salah satu elemen dalam isu-isu perubatan dan penyesuaian yang biasanya dikaitkan dengan individu yang mengalami kurang upaya fizikal (Elliot, Uswatte, Lewis, & Palmatier, 2000; Grahn, Ekdahl, & Borquist, 2000).

Memandangkan pengaplikasian program kaunseling pemulihan yang khusus kepada OKU masih belum dipraktikkan di Malaysia, maka kajian ini akan membina dan mengkaji kesan penggunaannya kepada golongan OKU. Perkhidmatan kaunseling pemulihan diharapkan dapat digunakan secara meluas oleh kaunselor-kaunselor di Malaysia bagi membantu golongan OKU untuk hidup sepertimana mereka kehendaki.

Rekod yang dikeluarkan oleh pihak JKMM pada tahun 2011 menunjukkan perkhidmatan kaunseling yang diberikan kepada golongan ini tertumpu kepada dua aspek iaitu kerjaya dan ke arah kehidupan berdikari. Kaunseling yang diberikan adalah bersifat menyeluruh dan tidak tertumpu kepada OKU sahaja sebaliknya melibatkan keluarga, komuniti setempat, Badan Bukan Kerajaan (NGO) dan pihak kerajaan. Manakala jenis perkhidmatan yang diberikan adalah kaunseling individu, kaunseling kelompok dan kaunseling keluarga. Ketiga-tiga jenis kaunseling yang ditawarkan kepada OKU telah menggunakan pendekatan kaunseling konvensional sama seperti yang digunakan oleh individu normal dan tidak berlandaskan kepada bentuk kaunseling pemulihan yang khusus untuk OKU. Pendekatan ini dilihat kurang profesional kerana tidak semua OKU yang mengalami kurang upaya boleh berfikir dan bertindak secara waras pada satu-satu masa seperti individu normal yang lain. Akibat daripada kekurangan ini, sesi kaunseling yang diikuti menjadi kurang berjaya dan tidak memberi perubahan kepada OKU terutamanya daripada segi emosi dan psikologi mereka (Mohd Hafiz Halim, 2009). Malah, kaunselor yang menjalankan sesi kaunseling pemulihan hendaklah terdiri daripada seorang kaunselor yang berpengetahuan, berketerampilan serta mempunyai sikap yang peka terhadap individu yang mengalami kecacatan (Cottone & Tarvydas, 2003). Tujuannya, supaya hasil daripada sesi yang diikuti dapat membantu mereka menyelesaikan masalah yang dialami.

Selain itu, kajian ini juga bertujuan mengenal pasti masalah yang dialami oleh OKU yang mengalami kurang upaya fizikal akibat kemalangan. Pemfokusan kepada kurang upaya fizikal akibat kemalangan sangat penting kerana perbezaan kecacatan boleh mendatangkan masalah yang berbeza antara satu individu dengan individu yang

lain. Melalui cara ini, pendekatan ataupun teknik yang digunakan dalam kaunseling pemulihan dapat dinilai keberkesanannya melalui perubahan-perubahan yang ditunjukkan oleh OKU apabila selesai mengikuti sesi kaunseling.

Berdasarkan pandangan di atas, maka kita sepatutnya cuba membuka ruang kepada OKU untuk terus berada dalam masyarakat dengan membantu OKU bukan sahaja melalui sokongan fizikal tetapi termasuk sokongan psikologikal dan hubungan sosial OKU. Situasi ini perlu diberi perhatian kerana individu yang dikategorikan sebagai OKU sebenarnya mempunyai masalah yang lebih berat berbanding dengan individu normal memandangkan mereka bukan sahaja mengalami kurang upaya fizikal tetapi turut mengalami tekanan perasaan serta persekitaran dan gangguan emosi. Oleh yang demikian, adalah menjadi satu tanggungjawab untuk membantu golongan ini kembali berfungsi dalam masyarakat. Melalui perkhidmatan kaunseling pemulihan yang ditawarkan, ia dapat membantu OKU merasai diri diterima dan dihargai oleh insan normal dan sekaligus membantu golongan ini mengurangkan dan menyelesaikan masalah yang dialami.

1.8 KEPENTINGAN KAJIAN

Kajian ini memberi gambaran dan maklumat yang jelas mengenai masalah-masalah psikososial yang dialami oleh OKU fizikal akibat kemalangan. Setelah mengenal pasti masalah psikososial, sesi kaunseling pemulihan diberikan untuk membantu OKU mengatasi masalah-masalah tersebut. Seterusnya, kajian ini akan melihat keberkesanan penggunaan Modul Kaunseling Pemulihan terhadap OKU fizikal akibat kemalangan dalam seting Malaysia. Kesan-kesan ini dijangkakan dapat dilihat melalui perubahan-

perubahan tingkah laku dan perubahan skor masalah psikososial yang ditunjukkan oleh OKU selepas mengikuti sesi kaunseling pemulihan.

Berdasarkan perbincangan di atas, kajian ini juga dilakukan untuk memberi bimbingan dan celik akal kepada OKU fizikal akibat kemalangan untuk terus berada dalam persekitaran yang lebih kondusif melalui pendekatan yang bersesuaian dengan masalah yang dialami. Memandangkan di Malaysia, perkhidmatan kaunseling pemulihan masih belum dipraktikkan kepada golongan OKU, maka didapati perkhidmatan kaunseling pemulihan perlu diketengahkan. Kaunseling pemulihan dapat membantu OKU mengurangkan masalah-masalah yang dialami. Menurut Mohd Hafiz Halim, (2009) dan Suradi Salim (2004), kaunseling pemulihan yang ada di Malaysia dibentuk khusus untuk diaplikasikan kepada penagih-penagih dadah dan remaja yang terlibat dengan kes-kes juvana sahaja tetapi bukan kepada golongan OKU.

Jika dilihat daripada jenis perkhidmatan kaunseling yang diberikan kepada OKU oleh pihak JKMM pada tahun 2011 adalah kaunseling individu, kaunseling kelompok dan kaunseling keluarga dan ia bersifat menyeluruh dan tidak tertumpu kepada OKU sahaja. Malah, perkhidmatan kaunseling yang disediakan di pusat-pusat pemulihan OKU lebih berorientasikan pada bimbingan dan nasihat berbanding dengan pendekatan kaunseling sebenar (Mohd Hafiz Halim, 2009). Keadaan ini berbeza jika dibandingkan dengan negara Amerika Syarikat kerana OKU di negara tersebut telah menerima perkhidmatan kaunseling pemulihan dengan meluas (Didi Tarsidi, 2008). Oleh yang demikian, negara kita perlu memperkenalkan perkhidmatan kaunseling pemulihan yang khusus kepada OKU agar dapat membantu meringankan bebanan masalah yang dihadapi.

Seterusnya, kajian ini boleh digunakan sebagai satu garis panduan kepada organisasi awam ataupun swasta seperti JKMM, Kementerian Kesihatan, Jabatan Pendidikan, Jabatan Tenaga Kerja dan pertubuhan-pertubuhan kebajikan sukarela dalam usaha untuk membantu OKU yang mengalami kurang upaya fizikal akibat kemalangan dalam bentuk sesi kaunseling pemulihan. Adalah menjadi satu kemestian kepada organisasi ini untuk menyediakan perkhidmatan kaunseling yang bersesuaian dengan golongan OKU kerana ia membuka ruang dan memberi peluang kepada OKU untuk meluahkan dan berkongsi sebarang masalah ataupun isu melalui saluran yang betul. Melalui cara ini, organisasi berkenaan dapat melihat kesan serta mengukur keberkesanan pelaksanaan sesi kaunseling pemulihan bagi OKU. Malah, ia dapat membantu golongan ini untuk terus berkembang walaupun mempunyai kekurangan fizikal. Secara tidak langsung dapat membantu organisasi yang terlibat dengan OKU sama ada sektor awam mahupun swasta untuk merancang dan membentuk satu perkhidmatan kaunseling pemulihan yang bersesuaian dan signifikan dengan OKU di tempat mereka. Hasil daripada perubahan dalam sesi kaunseling yang akan dilakukan oleh pihak organisasi dilihat dapat membantu kedua-dua pihak daripada segi perhubungan dua hala.

1.9 DEFINISI KONSEP DAN OPERASIONAL

Menurut Othman Mohamed (2001) definisi operasional memberikan batasan yang sah kepada fahaman istilah dan tujuan kajian bagi mengelak pembaca daripada memahami persepsi yang berbeza dengan kehendak maksud yang ingin disampaikan oleh penyelidik. Pembolehubah yang hendak dikaji perlu didefinisikan secara operasional bagi mengelakkan kesamaran dan kekeliruan dalam sesebuah kajian (Ranjit, 2005).

Menurut McMillan dan Schimacher (2006), definisi operasional juga dapat membantu pengkaji dan pembaca dalam menjawab persoalan kajian. Maka, bahagian ini akan mengupas beberapa istilah dalam pembolehubah kajian dengan lengkap iaitu Modul Kaunseling Pemulihan, masalah psikososial, OKU fizikal akibat kemalangan.

1.9.1 Modul Kaunseling Pemulihan

Modul merupakan satu unit pengajaran dan pembelajaran yang membincangkan sesuatu tajuk tertentu secara sistematik dan berurutan bagi memudahkan pelajar belajar secara bersendirian supaya dapat menguasai sesuatu unit pembelajaran dengan mudah dan tepat (Sidek Mohd Noah & Jamaluddin Ahmad, 2005). Pendapat ini selaras dengan pendapat terdahulu yang diberikan oleh Rusell (1974). Rusell melihat modul sebagai satu pakej pengajaran yang berkaitan dengan satu unit konsep mata pelajaran dan merupakan satu usaha pengajaran secara individu. Ia membolehkan seseorang pelajar menguasai satu unit kandungan mata pelajaran sebelum bergerak kepada unit yang lain. Sidek Mohd Noah dan Jamaluddin Ahmad (2005) juga melihat modul sebagai satu bahan, alat dan sumber yang mengandungi pelbagai aktiviti yang telah dirancang secara sistematik bagi memudahkan pelajar mencapai dan menguasai objektif-objektif yang hendak dicapai.

Kaunseling pemulihan ditakrifkan oleh Parker, Szymanski dan Patterson (2004), sebagai satu proses yang dilaksanakan bertujuan membantu individu mengadaptasikan diri dalam persekitaran. Tujuannya supaya golongan ini dapat memberi kerjasama yang sepenuhnya dalam segala aspek kehidupan masyarakat. Kaunselor yang terlibat dalam kaunseling pemulihan mestilah terdiri daripada individu yang memiliki pengetahuan dan

keterampilan yang khusus serta memiliki sikap yang diperlukan untuk berkolaborasi dalam hubungan profesional dengan individu yang mengalami kecacatan untuk mencapai matlamat personal, sosial, psikologi dan vokasional mereka (Parker et al., 2004).

Patterson, Bruyene, Szymanski dan Jenkins (2004) menyatakan kaunseling pemulihan sebagai satu rangkaian layanan yang komprehensif antara klien dan kaunselor pemulihan. Matlamatnya adalah untuk memaksimumkan kebolehan bekerja, berdikari, berintegrasi dan dapat memberikan komitmen sama ada di tempat kerja mahupun dalam masyarakat. Didi Tarsidi (2008) mentakrifkan kaunseling pemulihan sebagai satu pendekatan atau proses yang digunakan untuk membantu individu yang mengalami kurang upaya fizikal, mental ataupun sensori agar tetap menjadi individu yang produktif dalam kelompok masyarakat yang diduduki.

Maka, dalam kajian ini, Modul Kaunseling Pemulihan merujuk kepada satu set kandungan sesi kaunseling yang terdapat dalam Modul Kaunseling Pemulihan berasaskan kepada pendekatan REBT dan Model Fungsian. Modul ini telah dibentuk oleh pengkaji secara sistematik berdasarkan kepada keperluan dan kesesuaian penggunaannya di Malaysia. Modul ini dibina berpandukan kepada modul yang telah digunapakai di Amerika Syarikat yang dibina oleh Galea'i, Printz, Kimoto-Buhr, Smith dan Hunter pada tahun (2004). Modul ini mempunyai tiga topik utama iaitu isu psikososial OKU fizikal akibat kemalangan, hubungan kekeluargaan dan hubungan dengan rakan serta masyarakat. Terdapat sembilan aktiviti keseluruhannya yang telah dibangunkan dalam modul ini yang meliputi aktiviti secara berkumpulan, main peranan dan perkongsian pengalaman serta perasaan.

1.9.2 Masalah Psikososial

Menurut Cruickshank, Jenkins dan Metcalf (2009), masalah merujuk kepada gangguan respons matlamat (*goal-response interference*). Masalah akan timbul apabila keperluan atau keinginan kepada sesuatu tidak dapat diperoleh dan dilaksanakannya. Manakala istilah psikososial pula merujuk kepada satu terma dalam bidang psikologi yang berkaitan dengan pengaruh psikologi dan faktor sosial yang mempengaruhi perkembangan seseorang individu. Pernyataan ini dikukuhkan dengan pendapat yang diberikan oleh Angela, Susan dan Gwynnyth (2008) yang melihat psikososial sebagai gabungan fungsi psikologikal, perkembangan sosial dan emosional, penyesuaian dan konsep diri individu. Antara masalah psikososial ialah penyesuaian, perkembangan, emosi, tingkah laku, masalah kekeluargaan, mendisiplinkan anak, keibubapaan dan kerjaya (Melati Mohd Ariff, 2010).

Maka, dalam kajian ini, masalah psikososial didefinisikan sebagai satu keadaan di mana OKU mempunyai masalah daripada segi psikologi dan perhubungan seperti tekanan, kemurungan, gangguan emosi, penerimaan, penyesuaian, pergaulan dan perhubungan dengan persekitaran normal. Ia diukur dengan menggunakan soal selidik 48 ICET yang terdiri daripada enam domain iaitu kebimbangan, tingkah laku rigid, kemurungan, perhubungan, matlamat dan ketidakseimbangan perasaan dan kelakuan. Persekitaran normal di sini merujuk kepada individu ataupun sekumpulan individu yang tidak mengalami kurang upaya sama ada daripada segi mental ataupun fizikal yang berada dalam kalangan ahli keluarga, rakan dan masyarakat di sekeliling mereka.

1.9.3 Orang Kurang Upaya (OKU) Fizikal

JKMM telah mendefinisikan OKU sebagai seseorang yang tidak berupaya menentukan sendiri bagi memperoleh sepenuh atau sebahagian daripada keperluan biasa individu. Mereka juga merupakan individu yang tidak dapat hidup bermasyarakat sepenuhnya disebabkan oleh kekurangan yang mereka alami sama ada daripada segi fizikal mahupun mental (Rekod JKMM, 2000). Menurut Akta Orang Kurang Upaya 2007, OKU bermaksud “Mereka yang mempunyai kekurangan jangka panjang fizikal, mental, intelektual atau deria yang apabila berinteraksi terdapat pelbagai halangan, boleh menyekat penyertaan penuh mereka dalam masyarakat”.

Definisi di atas hampir sama dengan maksud yang diberikan oleh Rohany Nasir (2003) yang menyatakan bahawa OKU ialah individu yang tidak berupaya menentukan sendiri bagi memperoleh sepenuhnya sebahagian daripada keperluan biasa individu. OKU juga tidak dapat hidup bermasyarakat sepenuhnya disebabkan kurang upaya fizikal atau mental yang berlaku sama ada sejak lahir atau selepasnya. Malah, tambah beliau lagi dalam kajian seterusnya, kecacatan atau kurang upaya merupakan satu kekurangan atau kehilangan sesuatu fungsi atau keupayaan.

JKMM (2003), melihat OKU fizikal sebagai individu yang mempunyai masalah terhadap anggota badan mereka. Penyakit yang antaranya berada dalam kategori ini ialah penyakit polio, kudung, distrofi otot, miopati, neuropati, osteogenesis imperfekta, kerdil dan sebagainya. Mereka ini biasanya terdiri daripada individu yang mengalami kecacatan sama ada sejak dilahirkan, akibat kemalangan mahupun akibat serangan penyakit. Kajian yang dilakukan oleh Rohany Nasir (2003) menyatakan bahawa